

GESTÇÃO EM CICATRIZ DE CESARIANA: SÉRIE DE CASOS

A gestção ectópica ocorre quando o trofoblasto se desenvolve fora do endométrio, com incidência de cerca de 20 casos por 1000 gestções. Entre os fatores de risco estão alterações tubárias, múltiplas cesarianas, tabagismo, idade avançada e uso de DIU. Uma forma rara é a gestção ectópica em cicatriz de cesariana, estimada em 1 caso a cada 1000 gestções, associada a hemorragia, ruptura uterina, placenta acreta e elevada morbidade materna. O diagnóstico é realizado principalmente por ultrassonografia transvaginal no primeiro trimestre, associada ao Doppler.

O objetivo foi relatar sete casos de gestção ectópica em cicatriz de cesariana acompanhados em serviço terciário, em revisão retrospectiva de diagnósticos e tratamentos, avaliando condutas que reduzam morbidade e aumentem eficácia terapêutica.

O estudo consistiu em revisão de prontuários, autorizada por termo de consentimento livre e esclarecido e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE, parecer 6.805.979/2024).

Foram incluídas sete pacientes, entre 23 e 38 anos, com 1 a 3 cesarianas prévias. Duas apresentaram embrião com vitalidade e altos níveis de beta-HCG, tratadas com metotrexato intrasaco sem resposta adequada, necessitando de complementação: uma com videolaparoscopia associada a metotrexato intramuscular e outra apenas com metotrexato intramuscular, ambas com queda expressiva do beta-HCG. Quatro pacientes apresentaram imagens amorfas ou saco gestacional sem embrião e receberam metotrexato intramuscular, com resposta favorável em três. Uma evoluiu com ascensão do beta-HCG e sangramento, sendo submetida a angioembolização e histeroscopia, obtendo queda de 92%. O último caso evoluiu como gestção em curso, com placenta inserida em cicatriz uterina, caracterizando placenta prévia com risco de acretismo, em seguimento de pré-natal de alto risco.

Conclui-se que o metotrexato intramuscular é eficaz como tratamento nos casos sem embrião e como terapia complementar quando há embrião com vitalidade, por apresentar baixa morbidade, redução do tempo de internação e seguimento. Estratégias adicionais devem ser individualizadas conforme níveis de beta-HCG, projeção trofoblástica e condições clínicas, enquanto a instabilidade hemodinâmica exige intervenção cirúrgica imediata. Ressalta-se ainda o risco de evolução para placenta acreta, aumentando a morbidade e podendo requerer histerectomia.